

後期高齢者医療療養費支給申請書

捺印

医療機関等コード					レセプト管理番号								
都道府県番号		給付割合	090:9割 070:7割		保険種別	1. 単独 2. 2者併用 3. 3者併用	区分コード	07. 高入9 08. 高外9	09. 高入7 00. 高外7				
保険者番号					療養を受けた被保険者氏名								
被保険者番号					生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日				
個人番号													
公費負担者番号					診療開始年月日		年	月	日	から			
公費受給者番号					診療終了年月日		年	月	日	まで			
診療年月			年	月	診療実日数		日	点数表コード	1. 医科 7. 柔整	3. 歯科 8. 鍼灸	4. 調剤 9. マッサージ	6. 訪問	
療養費区分コード		01. 一般診療 02. 海外療養費 03. 補装具 04. 柔整 05. マッサージ 06. 鍼灸 08. 移送 09. 生血 10. 保険外併用療養費 49. その他療養費											
傷病名					傷病経過								
発病又は負傷年月日			年	月	日	発病又は負傷の原因							
診療を受けた医療機関名及び所在地					支給申請をした理由	(1) 業者による装具製作のため (2) 救急で被保険者証を所持していなかったため (3) 現物給付が受けられないため (4) その他( )							
医師等の氏名					受付年月日			年	月	日			

※金額は右詰で記載してください。

費用額					食事回数					公費対象負担金額				
請求金額					食事標準負担額					公費患者負担額				
負担金額					食事決定金額					支払先都道府県番号			支払先点数表	
決定金額					支給決定額					支払先番号				

※口座番号は右詰で記載してください。名義人はカタカナで左詰で記載してください。(姓と名の間を1マス空けてください)

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	支店 出張所 支所	支払先区分コード	1. 被保険者 2. 受領委任 3. 受領委任(団体)	預金種目
	金融機関コード	支店コード	口座番号		
	口座名義人(カナ)				

申請欄	年 月 日	上記のとおり関係書類を添えて申請します。	備考欄
	神奈川県後期高齢者医療広域連合長		<input type="checkbox"/> 資格確認 <input type="checkbox"/> 負担割合確認 <input type="checkbox"/> 第三者行為等確認
	〒 住所		
	申請者 氏名	Ⓜ	
電話		受付印	

委任状	私は、次の者に療養費の受領に関する一切の権限を委任します。	
	受任者(口座名義人)	委任者(申請者)
	住所	
氏名	氏名	Ⓜ